

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No 559

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre-Jean DUQUESNE

Né le 25 Décembre 1907, à MONTAUBAN (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre-Jean DUQUESNE

Né le 25 Décembre 1907, à MONTAUBAN (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : Monsieur BRINDEAU, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

Doyen

ROUSSY.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
PROUST.
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

LAVASTINE
FIESSINGER.
Maur. VILLARET

Clinique médicale

CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBOULET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

LENORMANT.
CUNEO.
GREGOIRE.
GOSSET.
TERRIEN.
MARION.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
SERGENT.
Léon BERNARD.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
VERNE.

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeur sans chaire

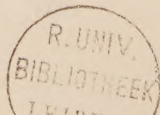
II. — Agrégés en exercice

Mm.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
trie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ...	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri ..	Chimie biologique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphigographie.
FROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) ..	
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUÉNIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie
LEDoux LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551406_0032

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
Officier de la Légion d'Honneur

Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service, et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. HALLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL

A MESSIEURS LES DOCTEURS WEILL, BIDOIRE
ET BOMPART

*Chef de Clinique et anciens Chefs de Clinique
de la Faculté*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET
Professeur honoraire de Clinique chirurgicale

MONSIEUR PANCIER
Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR LABARRIERE
Directeur de l'Ecole de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR POULAIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMOND.

MONSIEUR LE DOCTEUR BALEDENT.

INTRODUCTION

Il y a déjà bien longtemps que la question de fibrome et grossesse a été agitée. Le traitement des fibromes par la myomectomie n'est entré dans la pratique chirurgicale que depuis une cinquantaine d'années.

La chirurgie gynécologique conservatrice a pris, surtout depuis la guerre, un intérêt grandissant et dans cet ordre d'idées, la myomectomie apparaît comme une opération idéale puisqu'elle permet à la grossesse de continuer le plus souvent, et qu'elle laisse à la mère tout son avenir génital intact.

Nous nous limiterons strictement dans ce travail, à la myomectomie faite pendant la grossesse, laissant de côté les interventions faites à terme, au cours du travail et pendant les suites de couches. Nous aurons surtout pour but d'essayer de préciser les indications de la myomectomie, quelques détails de technique opératoire, et les résultats de cette opération. Il nous a paru bon, dans un chapitre préliminaire, d'étudier les influences réciproques qu'exercent le fibrome et la grossesse et les complications qui pourront amener à intervenir.

Nous avons pu réunir 6 observations inédites. Quatre d'entre elles ont été recueillies à la Clinique Tarnier depuis 1929.

Nous remercions M. le Professeur BRINDEAU, qui a eu l'obligeance de nous confier une de ses observations de ville, et qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous tenons également à remercier M. le Docteur POULAIN d'Amiens, pour l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer, et M. le Docteur BOMPART, pour les conseils qu'il nous a apportés dans la composition de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les premières observations de myomectomie datent du milieu du siècle dernier. Avant cette époque, en présence de fibrome et grossesse, on oscillait entre deux alternatives, soit le sacrifice de l'œuf par l'hystérectomie, soit l'expectative jusqu'au terme : à ce moment, on faisait l'opération césarienne suivie d'hystérectomie.

En 1856, HAUCK enlève un fibrome du col à une femme enceinte ; un avortement en est la conséquence.

A sa suite, plusieurs gynécologues, DANYAU, OGDEN, MAYO ROBSON, VAUTRIN tentent l'opération mais les résultats n'étant pas satisfaisants l'idée est abandonnée ; à cette époque les complications, hémorragie et infection, étaient fréquentes et on redoutait toute laparotomie, surtout chez la femme enceinte.

Vers 1875, la question est reprise par MARTIN, de Berlin. PÉAN, en 1874, pratique la myomectomie chez

une femme enceinte de 5 mois : cette femme avorte le lendemain, mais guérit.

En 1900, TURNER, dans sa thèse, publie une statistique de 77 cas, recueillis de 1874 à 1900. Sur ces 77 cas il y eut 16 décès maternels et 18 avortements, donc 34 décès fœtaux; 43 opérées purent mener la grossesse à terme.

En décomposant cette période en deux fractions, de 1874 à 1890, et de 1890 à 1900, les pourcentages de décès apparaissaient ainsi :

De 1874 à 1890 : 33 cas :

Décès maternel : 12, soit..... 36,3 %

Décès fœtal 60,6 %

De 1890 à 1900 : 44 cas :

Décès maternel : 4, soit 9 %

Décès fœtal 21 %

Les résultats étaient déjà bien meilleurs dans les dernières années.

En 1901, la Société d'Obstétrique, Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, discute la question ; elle conclut en donnant des indications précises à la myomectomie. L'ordre du jour disait que :

« Les femmes enceintes, atteintes de fibromes, ont
« le plus souvent une grossesse exempte de compli-
« cations, qui évolue jusqu'à terme malgré le volume
« excessif de certains fibromes, que, par conséquent,
« l'intervention au cours de la grossesse compliquée
« de fibrome, doit être exceptionnelle et motivée seu-
« lement par l'apparition d'accidents graves ; que ce-
« pendant il ne faudra pas attendre une gravité telle

« que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques. »

Les conclusions furent adoptées en France par les accoucheurs PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES, LEPAGE et par certains chirurgiens : ROUTIER, QUÉNU, DELBET, SEGOND, MONPROFIT, DELAGENIÈRE et POZZI.

Quelques auteurs : J.-L. FAURE, SCHWARTZ et CONDAMIN, hantés par la crainte des accidents pouvant survenir à la femme pendant la grossesse, sont d'avis d'intervenir au plus tôt. RICHELOT pose le principe pour la femme, d'un « état de légitime défense », et conseille d'opérer toutes les fois où on est amené à craindre quelque complication de la part des tumeurs.

A cette époque, quelques gynécologues émettent leur avis sur la myomectomie. Pour POZZI, la myomectomie au cours de la grossesse, est une opération d'exception qui ne doit être faite qu'en raison d'une indication impérieuse. Elle doit être pratiquée avec des précautions spéciales : la grossesse peut continuer à évoluer et l'accouchement se faire à terme.

PINARD (in thèse BLANCHARD) étudie les indications de l'intervention, il dit notamment : « Chez la femme enceinte, chez laquelle il se produit une torsion d'une tumeur, au voisinage de l'utérus, qu'il s'agisse de kyste de l'ovaire, d'hydrosalpinx ou de fibrome, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de la tumeur, car il est impossible de savoir si les accidents de torsion, n'obligeront pas à intervenir d'une manière un peu tardive et dans des conditions moins favorables que celles dans lesquelles on aurait pu opérer plus tôt ».

A l'étranger, les avis diffèrent. Les Allemands LANDAU, TAUFER, SCIPIADES n'interviennent, si le fœtus n'est pas viable, qu'en cas de danger imminent pour la mère. En Russie, certains opèrent facilement, JACOBSON, LEMBERGSKY ; d'autres sont beaucoup plus prudents tels GRÉGORIEF et KARTOUCHINE. Les Américains, par contre, sont en général très interventionnistes.

FONTAINE, dans sa thèse de 1914, réunit, outre les cas de TURNER, tous les autres cas publiés jusqu'en 1914 et conclut qu'à cette époque, la myomectomie était tentée moins souvent qu'à la fin du siècle dernier. Pourtant la hardiesse des chirurgiens n'a fait que croître avec les progrès de l'asepsie moderne.

Depuis la guerre, la question semble avoir repris un intérêt nouveau ; la myomectomie est pratiquée plus souvent. La cause paraît tenir au plus grand nombre de primipares âgées du fait de cette guerre. Toutes les statistiques sont d'accord, à des écarts de chiffres près, pour montrer une augmentation très sensible des cas de fibromes et grossesse.

Depuis l'apparition des rayons X et du radium, les partisans de ces agents démontrent l'excellence du traitement radiothérapique, ou curiethérapique : même en cas de grossesse concomitante, ils prétendent faire disparaître le fibrome sans influencer sur la gestation, tout en sauvegardant l'intégrité physique et morale de la femme. Mais, en 1921, au II^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, le Professeur J.-L. FAURE, s'élève contre ces modes de

traitement, montre que la myomectomie est, de beaucoup préférable à la curiethérapie, cette dernière thérapeutique, de l'avis même de BÉCLÈRE, ayant l'inconvénient de stériliser les ovaires et d'empêcher les grossesses ultérieures. Cette notion est grosse de conséquences à une époque où il faut lutter contre la dénatalité.

La question du traitement chirurgical des fibromes utérins est mise à l'ordre du jour du XXXIII^e Congrès de Chirurgie en 1924. M. LABEY, rapporteur, y définit les indications de la myomectomie pendant la grossesse.

En 1929, au VI^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, notre Maître M. le Professeur BRINDEAU, dans son rapport sur « La Myomectomie dans ses rapports avec la grossesse », précise que cette opération ne doit être pratiquée qu'au cas où apparaissent des accidents graves pouvant mettre en danger la vie de la mère.

CHAPITRE II

FIBROME ET GROSSESSE

1. — Influence du fibrome sur la grossesse.

La présence d'un fibrome n'exclut pas l'idée de fécondation. Si cette fécondation se produit, le fibrome peut être la cause d'anomalies de la nidation de l'œuf ou d'avortement.

a) Fibrome et fécondation.

Les idées ont bien évolué depuis LOUIS, qui, en 1748, pensait que la présence d'un fibrome utérin rendait impossible la coexistence d'une grossesse.

LEVRET, d'ailleurs, combattit cette opinion et fit admettre que les fibromes n'étaient pas nécessairement cause de stérilité. C'est maintenant chose reconnue et l'ensemble des statistiques recueillies par OLSHAUSEN montraient que 30 % seulement des femmes fibromateuses étaient stériles ; encore cet auteur faisait-il re-

marquer que bon nombre de fibromateuses devenant enceintes et ne consultant pas, échappent ainsi aux statistiques.

La stérilité des fibromateuses peut s'expliquer par différents mécanismes. Les fibromes, par leur développement, entraînent des déviations utérines, des déformations de la cavité utérine : allongement, étalement; des altérations de la muqueuse qui peuvent s'opposer à la fécondation ou à la nidation de l'œuf.

Ces altérations sont surtout la conséquence des fibromes sous-muqueux alors que les fibromes sous-séreux, les tumeurs pédiculées n'entravent en rien la conception.

b) Anomalies de la migration de l'œuf.

1° GROSSESSE ECTOPIQUE.

Une autre catégorie de fibromes qui peuvent aussi gêner la fécondation sont ceux qui déforment le col ou le déplacent (fibromes du col déformant les lèvres de la portion vaginale) ; d'autres allongent les trompes ou les compriment, pouvant alors empêcher l'ascension des spermatozoïdes, ou empêcher la migration de l'œuf ; celui-ci se développe alors dans la trompe et nous avons une grossesse tubaire avec tous les accidents qu'elle peut entraîner.

2° PLACENTA PRÆVIA.

L'œuf ayant bien émigré dans la cavité utérine peut se greffer anormalement en position basse, c'est le

placenta prævia, dont la cause doit être recherchée dans les déformations de la cavité utérine par le fibrome, et les altérations de la muqueuse, d'où endométrite concomitante; le placenta va se greffer où il trouve la meilleure muqueuse, c'est-à-dire sur le segment inférieur.

c) Avortement.

Enfin, les fibromes prédisposent à l'avortement. Alors que par rapport aux accouchements normaux on note 10 % d'avortements, par rapports aux accouchements chez les fibromateuses on en compte 17,5 % (TROELL).

LEFOUR trouve 39 avortements sur 307 cas de gros fibromes ; NAUSS en trouve 47 sur 241; MM. DEVRAIGNE et Jean RAVINA citent le cas d'une femme ayant eu 1 avortement et 3 accouchements prématurés et qui, après myomectomie, peut mener à terme une grossesse normale.

La cause de ces avortements est la même que pour le placenta prævia : altérations de la muqueuse empêchant l'œuf de se nourrir ; ceci aboutit à une atrophie de la caduque et de la sérotine. L'œuf meurt vers le troisième mois, en général. La fausse couche est favorisée par le décollement du placenta et s'annonce par des hémorragies répétées, sans douleurs et sans contractions utérines.

Dans d'autres cas, l'avortement peut être dû à une toute autre cause : un fibrome intraligamentaire, un

fibrome de la face antérieure entraînant l'utérus en rétroversion, un fibrome postérieur le retenant dans le Douglas, peuvent empêcher l'utérus d'ascensionner et l'avortement se produit.

Notons aussi le cas où l'œuf, se développant dans une cavité utérine complètement fibromateuse qui ne se ramollit pas ou trop tard, est étouffé par l'utérus lui-même et meurt.

Quelle que soit la cause de l'avortement par fibrome, le pronostic en est presque toujours grave. Les hémorragies, par leur abondance et leur répétition, peuvent mettre en danger la vie maternelle. La rétention placentaire est fréquente et oblige à un nettoyage de la cavité utérine : seul le curage digital pourrait être admis dans ce cas, car il ne risque pas trop de léser la muqueuse et surtout le fibrome ; il en est tout autrement du curettage instrumental qui, très difficile dans les utérus fibromateux, est souvent incomplet et risque fort de créer des fausses routes ; l'hémorragie et surtout l'infection en sont les conséquences si graves qu'il vaut mieux d'emblée recourir à l'hystérectomie si l'on craint ces complications.

2. — Fréquence des fibromes au cours de la grossesse.

PINARD a montré que l'absence de fécondation favorise l'apparition de myomes utérins. Pour lui, le fibrome résulte de la perversion de l'activité génitale non utilisée avant 25 ans. Toute femme stérile, après

cet âge, y est donc exposée. On comprend donc, comme le fait remarquer notre Maître M. le Professeur BRINDEAU, la plus grande fréquence des femmes fibromateuses depuis la guerre, de nombreux mariages ayant été retardés et les nouvelles mariées ayant 30 à 40 ans.

Si les petits fibromes chez les primipares âgées sont relativement fréquents, la plupart sont anodins, et tout se borne, au moment de l'accouchement, à rendre plus irrégulier le travail. Les fibromes vraiment gênants, causes d'interventions, sont plus rares : les statistiques varient de 1 à 7 pour 1.000 accouchements.

KOSMAK de New-York (1923) trouve 3,5 pour 1.000, 114 fibromes pour 33.000 accouchements. Ces 114 utérus fibromateux ont donné lieu à 51 accouchements spontanés et ont obligé à intervenir 63 fois.

Voici d'autres chiffres :

BARSONY, à Budapest : 52 fibromes sur 23.478 accouchements.

WILLIAM, à Baltimore : 60 fibromes sur 7.000 accouchements.

PEARSON, à Sloam Hospital : 250 fibromes sur 30.836 accouchements.

COUVELAIRE, à Beaudelocque : 162 fibromes sur 21.330 accouchements.

Professeur BRINDEAU, à Tarnier : 31 fibromes sur 18.000 accouchements.

3. — Influence de la grossesse sur le fibrome.

Une grossesse venant compliquer une tumeur fibreuse préexistante, peut lui faire subir diverses modifications anatomo-physiologiques, biologiques et aussi être gênée dans son évolution par la présence même de ce fibrome.

a) MODIFICATIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Au début d'une grossesse on voit fréquemment les fibromes s'hypertrophier, parfois d'une façon considérable, au point d'assister, dans certains cas, à une hypertrophie aiguë, à marche galopante, pouvant mettre rapidement la mère en danger (Pozzi).

Cette *hypertrophie* est surtout nette dans les trois premiers mois de la grossesse ; aussi masque-t-elle parfois ce début de grossesse et les erreurs de diagnostic où l'on a méconnu la grossesse ne sont pas rares.

En même temps que le fibrome gravidique s'hypertrophie, il subit une autre transformation physiologique : le ramollissement. Ce *ramollissement* est dû à une imbibition de la tumeur sous l'influence de la grossesse par hypervascularisation. Il est de même nature que celui que l'on observe aux organes génitaux. Cette imbibition ou infiltration œdémateuse débute par la capsule puis gagne ensuite la masse tumorale. Le ramollissement qui en résulte est irrégulier. Il ne devient appréciable que vers le cinquième mois de la grossesse ; ce qui explique que des fibro-

mes qui étaient durs et facilement palpables au début de la grossesse semblent ensuite disparaître ou parfois par leur mollesse, leur fluctuence même, font croire à des kystes ovariens.

Enfin les fibromes, au cours de la grossesse, subissent des *déplacements*. Ces déplacements ont une grande importance lorsqu'il faut discuter l'intervention, car ils peuvent faire changer le pronostic du tout au tout. Les fibromes peuvent se déplacer dans l'épaisseur du muscle utérin, ou par rapport à l'utérus pris en bloc, ou au bassin. RUDOLF BÖRNER, faisant des expériences sur l'utérus fibromateux, enlevé par hystérectomie, observe le mécanisme des changements de positions ; il en déduit qu'ils dépendent de la direction excentrique des contractions utérines ; la direction des changements de positions varie suivant la situation des myomes ; ceux qui sont les plus internes tendent à devenir sous-muqueux, les plus externes tendent à devenir sous-séreux ; l'utérus, en somme, réagit vis-à-vis des myomes comme s'ils étaient des corps étrangers, et tend par ses contractions à les chasser hors de lui-même.

Les déplacements les plus intéressants sont ceux que l'on observe à la fin de la grossesse et au moment du travail. Ils se font généralement vers le diaphragme et tel fibrome qui était jusqu'à ce moment dans le petit bassin, et inspirait de justes inquiétudes à l'accoucheur, peut, au début du travail, sous l'influence de la concentration utérine, passer le détroit supérieur, être pour ainsi dire énucléé et laisser libre passage à la présentation. C'est pourquoi certains ac-

coucheurs recommandent avant tout l'expectative comme traitement de ces fibromes tant qu'ils n'entraînent pas de troubles graves pour la mère ; au lieu d'intervenir au cours de la grossesse, ils attendent le début du travail : si la tumeur n'ascensionne pas dans les premières heures ils interviennent par voie haute, font la césarienne et la font suivre de myomectomie ou d'hystérectomie suivant les cas.

Si l'on a parfois d'heureuses surprises en matière d'ascensionnement des fibromes, il n'en est pas toujours ainsi, l'absence de déplacements peut parfois amener des accidents graves, tels que la rétroversion utérine et l'enclavement de la tumeur. La rétroversion est une conséquence de poids du fibrome qui entraîne l'utérus en arrière, dans le Douglas. L'enclavement ou incarceration survient généralement vers le quatrième mois et débute par des symptômes à apparition brusque ou progressive. Ce sont surtout des accidents de compression que nous étudierons plus loin, et qui dictent généralement l'intervention d'urgence, car l'avortement peut en être la conséquence si l'on n'opère pas.

Notons maintenant une dernière variété de déplacement propre aux tumeurs pédiculées et volumineuses : *la torsion* : cette torsion se fait le plus souvent sur le pédicule fibro-utérin, mais aussi parfois sur l'axe de l'utérus lui-même ; généralement elle se fait dans le sens des aiguilles d'une montre et reconnaît comme causes des mouvements brusques, soit un effort de défécation ou l'accroissement du fibrome ; elle donne lieu, surtout lorsqu'il s'agit de torsion aiguë ou subaiguë, à des accidents graves, pouvant aller

jusqu'à la mort par péritonite ou par cachexie si l'on n'intervient pas : d'autres fois, elle aboutit à l'avortement et à l'infection. Les symptômes sont dramatiques : douleurs aiguës, vomissements, météorisme abdominal et contracture ; le diagnostic est difficile avec toutes les affections abdominales à début brusque : colique néphrétique, appendicite, occlusion intestinale, rupture de grossesse tubaire, et surtout le kyste de l'ovaire tordu.

b) MODIFICATIONS BIOLOGIQUES

Ce sont la nécrobiose, la suppuration et la gangrène.

La nécrobiose, transformation aseptique, est de beaucoup la plus fréquente, au cours de la grossesse. Les deux autres transformations, d'origine septique, sont rares chez la femme enceinte, mais surviennent surtout dans les suites de couches. La cause en est facile à comprendre : alors que la muqueuse utérine, pendant la grossesse est protégée par la présence de l'œuf, après l'accouchement elle est exposée à toutes les contaminations microbiennes venant du dehors, d'où les complications septiques toujours graves.

1° *Nécrobiose.*

Nous insisterons sur la nécrobiose car elle nous paraît la complication la plus fréquente des fibromes gravidiques. Transformation curieuse, appelée aussi nécrose aseptique, bien étudiée par VAUTRIN, CHAVANNAZ, BÉGOVIN, KEIFFER, LEROUX et BARTHÉLEMY. Sa pathogénie n'en est pas encore bien définie. Les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'ischémie à la

base de cette transformation, mais quant au mécanisme de cette ischémie, nous en sommes réduits à des conjectures : est-ce la thrombose oblitérante d'une artère terminale unique, comparable à celle qu'on observe dans les artérites des membres ou le ramollissement cérébral (BÉGOUIN), ou une conséquence de l'infiltration œdémateuse et des microtraumatismes subis par le fibrome par suite des contractions indolores de la grossesse ?... (LEROUX avec VAUTRIN, CHAVANNAZ, KEIFFER). L'accord est encore à établir.

A la coupe, le fibrome nécrobiosé se présente sous une couleur spéciale, assez variable mais approchant généralement du rouge (red degeneration des Anglais).

On trouve les couleurs lie de vin, hortensia, feuille morte, chamois, parfois même jaune, verdâtre, brun. Cette couleur paraît dépendre d'une résorption d'hémoglobine. La consistance du fibrome est également variable : le plus souvent il est ramolli au centre ; on peut voir également des cavernes plus ou moins grandes, jusqu'à la dégénérescence pseudo-kystique, et à l'aspect anhiste de la tumeur dégénérée.

Au point de vue histo-bactériologique, la substance garde à peine une trace de fibrillation, les parois montrent des fibres conjonctives et musculaires lisses en dégénérescence hyaline, avec noyaux picnotiques.

Enfin, fait important, toute tentative d'identification ou de culture microbienne reste absolument infructueuse.

En ce qui concerne la clinique, les fibromes nécrobiosés donnent 3 ordres de symptômes : des douleurs,

une augmentation de volume, et des signes d'intoxication, ces derniers étant plus tardifs et plus rares que les deux premiers, qui sont constants.

Les douleurs sont sourdes, lancinantes, bien localisées au siège du fibrome et exagérées par les mouvements et la pression. Elles peuvent débiter brusquement et faire croire à une torsion ou à une pelvi-péritonite. Elles durent 1 à 10 jours, et s'atténuent par le repos.

L'augmentation de volume est plus ou moins accentuée, elle est appréciable surtout, s'il s'agit d'un gros nodule fibreux. En même temps le fibrome se ramollit.

Les signes généraux, provenant d'une résorption toxémique se traduisent par l'anémie, une altération du facies qui devient jaune, une fatigue générale, et des crises de diarrhée. La fièvre est inconstante mais monte fréquemment à 38°5 et 39°. Mieux vaut ne pas attendre ces signes pour intervenir car des malades trop affaiblies risqueraient de supporter mal l'opération.

2° Suppuration et gangrène.

La suppuration et la gangrène, nous l'avons dit plus haut, sont exceptionnelles au cours de la grossesse, et beaucoup plus fréquentes dans les suites de couches. Ce sont des accidents toujours graves et qui doivent, malgré tout, être dépistés soigneusement. Si leur origine se trouve le plus souvent dans une invasion microbienne venant de l'extérieur et favorisée par les traumatismes que subit l'utérus pendant l'accouche-

ment, elle peut aussi survenir au cours d'une maladie infectieuse ou une septicémie qui se localise sur un fibrome déjà en voie de nécrobiose.

Les symptômes de la suppuration et de la gangrène sont les mêmes que ceux de la nécrobiose mais plus accentués, plus dramatiques et à évolution plus rapide.

L'état général baisse rapidement, une fièvre à grandes oscillations s'allume et il n'est pas rare que les accidents évoluent vers une péritonite mortelle.

Il faut intervenir au plus tôt pour éviter cette terminaison fatale.

c) ACCIDENTS DE COMPRESSION

Il nous reste à étudier une dernière catégorie de complications des fibromes, nous voulons dire les phénomènes de compressions exercées sur les organes voisins du petit bassin et qui sont dus au poids ou au volume des fibromes.

Ces troubles dépendent avant tout de la situation des tumeurs ; les plus à craindre à ce point de vue sont celles de la face postérieure de l'utérus qui peuvent entraîner une rétroversion de l'utérus gravide déterminant d'une part une compression du rectum et du plexus sacré, et d'autre part une compression de l'urèthre ou du col vésical par le col utérin basculé en avant. De plus, les tumeurs postérieures, si elles n'ascensionnent pas au début de la grossesse, risquent fort d'être incarcerated dans le petit bassin, et de comprimer ainsi fortement le rectum et les nerfs sacrés.

Quant aux fibromes de la face antérieure ils peuvent comprimer la vessie, et les fibromes latéraux l'urètre.

Quelles sont maintenant les manifestations cliniques de ces compressions pelviennes ?...

1. — *Compression nerveuse.*

Elle détermine des symptômes douloureux, à type de névralgies sciatiques ou obturatrices, rencontrés même au cours des grossesses normales. Ces douleurs sont parfois sourdes, parfois vives, continues ou intermittentes ; elles irradient souvent vers les membres inférieurs, les lombes ou le périnée, s'exagèrent par la station debout et la marche, et se calment par le repos au lit. Nous avons vu qu'elles sont le fait des fibromes postérieurs ou d'une rétroversion utérine.

2. — *Compressions vasculaires.*

Moins fréquentes que les précédentes, elles se traduisent par des varices des membres inférieurs, ou des œdèmes pouvant remonter assez haut. Rarement on a pu observer des phlébites.

3. — *Compression des voies urinaires.*

Elles sont de deux ordres :

a) *Compression de l'urèthre et de la vessie* : dont la cause doit être recherchée dans les fibromes de la paroi antérieure ou du segment inférieur, coincés sur la symphyse pelvienne, ou les tumeurs postérieures faisant basculer le col utérin sur l'urèthre ou encore cer-

taines tumeurs en contact direct avec la vessie qu'ils irritent constamment.

Le symptôme le plus fréquent est la pollakiurie qui peut exister d'ailleurs dans une grossesse normale : aussi est-elle insuffisante pour dicter une intervention. Mais il peut survenir une dysurie pouvant aboutir à la rétention d'urine plus ou moins complète et nécessitant des sondages fréquents. Alors le danger d'infection, conséquence de ces cathétérismes, est une indication à l'opération précoce.

b) *Compression de l'uretère* : ici les accidents sont plus sérieux encore et cela d'autant plus que, évoluant à bas bruit, ils sont le plus souvent très difficiles à dépister. Il faut donc penser, en présence d'un fibrome utérin, à rechercher une hydronéphrose discrète. D'autres fois, la présence d'un peu de pus dans les urines donnera l'éveil et fera examiner soigneusement la fonction rénale.

Cette pyurie peut être la signature d'une infection des voies urinaires supérieures, d'une pyélonéphrite, presque toujours rebelle, favorisée par une constipation provenant d'une compression du rectum. Dans certains cas, par contre, l'hydronéphrose n'est pas apparente et ce n'est qu'après recherche du taux d'urée et de la constante d'Ambard, que l'on reconnaîtra une atteinte rénale : en même temps les résultats de ces analyses serviront de base à la thérapeutique et au pronostic opératoire.

4. — *Compression rectale.*

Elle réalise dans sa manifestation la plus simple, le symptôme constipation. Phénomène banal chez la

femme enceinte, il peut revêtir ici un caractère d'opiniâtreté avec altération de l'état général, traits tirés, anorexie, langue saburrale. Un degré de plus et le ventre se ballonne, on aboutit à un véritable symptôme d'occlusion intestinale pouvant apparaître d'une manière brutale ou chronique : douleurs abdominales vives, nausées, vomissements alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz : l'intervention est alors nécessaire et urgente.

CHAPITRE III

INDICATIONS ACTUELLES DE LA MYOMECTOMIE

Ayant examiné sommairement les complications des fibromes au cours de la grossesse, il nous faut étudier maintenant les cas où l'intervention est reconnue nécessaire, pour sauver la mère de graves complications. Ensuite, l'indication opératoire étant posée, le chirurgien devra choisir entre deux alternatives, soit l'opération conservatrice : la myomectomie, soit l'opération mutilatrice : l'hystérectomie : à ces deux interventions nous ajouterons l'avortement provoqué qui était discuté autrefois, mais qui est aujourd'hui abandonné de tous.

Il va sans dire que le chirurgien devra, chaque fois qu'il lui sera possible, tenter la myomectomie, opération idéale puisqu'elle permet l'énucléation de la tumeur tout en laissant la grossesse évoluer normalement, et en conservant à la mère une possibilité de grossesses ultérieures. Le pronostic opératoire n'est guère plus sérieux que celui de l'hystérectomie.

Mais, il est des cas où, en raison de la gravité des accidents et lorsqu'il apparaît que ces accidents sont en rapport avec l'évolution de la grossesse et cesseront avec elle, on est amené à supprimer avec le fibrome le produit de conception en pratiquant une hystérectomie.

Récemment encore, HEINECK, de Chicago, proposait d'opérer chaque fois que le diagnostic de tumeur est fait. Il dit notamment : « Lorsque, chez une femme enceinte, les fibromes donnent lieu à des symptômes qui permettent de reconnaître la tumeur, il importe d'opérer ; une opération précoce est compatible avec des mesures conservatrices, alors qu'un retard possible peut nécessiter le sacrifice de l'œuf ». HEINECK élargit trop les indications opératoires. L'intervention pour le traitement des fibromes au cours de la grossesse est maintenant soumise à des règles bien précises et on n'opère plus de nos jours qu'exceptionnellement, lorsque la vie de la mère se trouve en danger du fait des accidents dus aux fibromes.

En effet si le fibrome est pour la femme enceinte la cause des nombreuses complications que nous avons passées en revue, il n'en reste pas moins que, dans la plupart des cas, la grossesse peut être menée jusqu'au terme sans pour cela mettre en péril la vie de la mère. Pourquoi alors tenter une intervention comportant toujours un risque et pour la femme et pour le fœtus ? On pourra souvent attendre l'approche du terme pour être sûr d'avoir un fœtus viable. Certains accoucheurs préfèrent même attendre

après les suites de couches pour voir évoluer les fibromes ; il n'est pas rare, à ce moment, de les voir s'atrophier et parfois disparaître complètement, ce qui fait dire à Pozzi que « la grossesse est le meilleur traitement curatif des fibromes, de même qu'elle en est le meilleur moyen prophylactique. »

Quelles sont donc les conditions exceptionnelles qui amèneront à intervenir au cours de la grossesse ? C'est ce que nous allons examiner.

Nous étudierons les causes d'intervention et ensuite quelle intervention il y aura lieu de choisir. Nous illustrerons les différents cas d'observations paraissant typiques et démonstratives, puisées dans la littérature de ces dernières années.

I. — Causes d'intervention.

Les principales causes d'intervention sont d'abord l'apparition d'accidents graves aigus ou chroniques.

- 1° Troubles de compressions pelviennes ;
- 2° Phénomènes de dégénérescence des tumeurs amenant une altération de l'état général ;
- 3° Torsion de pédicule ;
- 4° Accidents hémorragiques ou menaces d'avortement ;
- 5° La dystocie créée par la situation des tumeurs, devant entraver l'évolution de la grossesse et du travail.

Enfin nous n'oublierons pas le cas, relativement fréquent, où l'on opère sans que la grossesse au début ait été reconnue.

1. — Troubles de compression pelvienne.

Ce sont les indications opératoires les plus fréquentes.

a) Les troubles de compression nerveuse se manifestent par des phénomènes douloureux parfois fort accentués à type de névralgies avec retentissement dans les membres inférieurs et les lombes. C'est le cas de notre observation II qui avait fait poser au médecin traitant le diagnostic de grossesse extra-utérine.

b) La compression urinaire n'indique l'intervention que si elle se manifeste par des symptômes sérieux, tels que la rétention d'urine ou l'hydronéphrose. COTTE cite un cas de myomectomie chez une femme enceinte de 3 mois 1/2, présentant des crises de rétention d'urine récidivantes. Quelquefois cependant on sera amené à intervenir pour la dysurie, et la pollakiurie combinées à des douleurs abdominales persistantes.

c) La compression du tube digestif se manifeste le plus souvent comme nous l'avons vu, par la constipation opiniâtre ; celle-ci est insuffisante en principe, pour faire intervenir, mais ceci devient nécessaire si l'état général s'altère. Un syndrome d'occlusion intestinale bien constitué, oblige par contre à opérer d'urgence : cette complication est rare. MM. LE LORIER et

DUCHÊNE en rapportent un cas particulièrement net ; qu'il nous soit permis de le résumer ici :

« Femme de 39 ans, II^e geste (1 fausse couche de
« 2 mois 1/2 17 ans auparavant). Enceinte de 3
« mois 1/2 est prise, à la suite d'un voyage, de dou-
« leurs abdominales violentes ; l'abdomen est bal-
« lonné, le pouls à 100, la langue saburrale. Sous
« l'abdomen météorisé on perçoit les anses dilatées
« présentant des ondes péristaltiques. Vomissements,
« arrêt des matières et des gaz, les symptômes s'at-
« ténuent puis reprennent 3 jours après, la tempéra-
« ture monte à 39°. A l'intervention on trouve un
« gros fibrome intestinal ayant coudé 2 anses intesti-
« nales auxquelles il était adhérent.

« Myomectomie. Le fibrome est nécrobiosé, suites
« opératoires normales, accouchement à 8 mois 1/2. »

d) Dans le cas de fibrome enclavé dans le Douglas, il est prudent de ne pas retarder l'intervention, sinon des accidents graves peuvent survenir, notamment l'avortement spontané. Notre observation VI est un cas de rétroversion d'utérus gravide fibromateux enclavé dans le Douglas.

Il est difficile de dire, en présence de troubles de compression pelvienne, à partir de quel degré de compression l'opération devient nécessaire. C'est là une affaire de pratique. Certains cas posent une indication d'urgence ; en présence d'autres cas, il faudra multiplier les examens avant d'intervenir, pour reconnaître la progression des symptômes et pour en tirer des déductions opératoires.

2. — Phénomènes de dégénérescence avec altération de l'état général.

On peut être en présence d'un fibrome à marche galopante (Pozzi). Intervention d'urgence.

Mais la cause la plus fréquente des interventions dans cet ordre d'idées est la nécrobiose. Souvent la nécrobiose est une trouvaille opératoire, le diagnostic étiologique n'ayant pas été fait. Aussi faut-il bien connaître les manifestations de cette complication, afin de ne pas retarder l'intervention nécessaire.

En dehors des phénomènes douloureux banaux, plusieurs ordres de symptômes pourront amener à intervenir. C'est parfois une menace d'avortement, le plus souvent c'est une altération de l'état général.

Cette altération de l'état général, qui tient à l'état de toxémie particulière, provenant de la nécrobiose, se manifeste par de l'amaigrissement progressif, de la fatigue générale, de l'anémie avec altération du faciès qui prend une teinte terreuse, parfois des crises de diarrhée. La température est variable.

Dans certains cas les symptômes prennent une allure de réaction péritonéale ; c'est notamment le cas de notre observation V. LIEBMANN cite un cas où les phénomènes furent particulièrement impressionnants :

« Femme de 41 ans, présentant une première grossesse correspondant à 6 mois, avec un myome du
« fond de l'utérus, gros comme un œuf d'oie, prise de

« fortes douleurs abdominales, fièvre, frissons, ictère,
« pus dans les urines. T. 40°, P. 140. Ensuite appa-
« raissent des vomissements, du hoquet. On pose le
« diagnostic « de péritonite avec cholécystite. A la la-
« parotomie, signes de péritonite, liquide louche,
« adhérences avec le colon transverse et le grêle.
« L'auteur fait la myomectomie, la malade guérit
« mais accouche 39 jours après, au terme de 7 mois
« et demi. Dans les suites de couches surviennent une
« phlébite double et une angine : l'accouchée y ré-
« siste et guérit une deuxième fois. »

La suppuration et la gangrène sont exceptionnelles pendant la grossesse : à chaque fois que le diagnostic en est posé, l'indication d'urgence l'est également.

3. — Torsion du pédicule.

Cet accident, plus rare que les précédents, revêt généralement le caractère de gravité d'une réaction péritonéale avec début dramatique : douleurs abdominales, vomissements, météorisme et contracture. Les phénomènes commandent l'intervention. Souvent d'ailleurs on intervient avec le diagnostic de torsion de kyste ovarien; quoiqu'il en soit, la laparotomie s'impose dans les deux cas.

LE BIHAN, dans sa thèse, donne l'observation d'une primipare de 42 ans, enceinte de 4 mois et présentant le tableau clinique suivant : douleurs abdominales brusques, violentes, puis ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz et rétention d'urine. Diag-

nostic posé : kyste de l'ovaire tordu ; il s'agissait d'un fibrome pédiculé, tordu sur lui-même. La myomectomie fut pratiquée et la grossesse poursuivit son cours.

Notre observation IV est un cas de torsion d'un fibrome de 2.100 grammes. La myomectomie fut pratiquée, l'opérée mourut d'infection le troisième jour.

Dans l'observation III, la tumeur, pédiculisée, était légèrement tordue sur elle-même, mais, n'avait pas donné de signes généraux graves.

4. — Accidents hémorragiques ou menace d'avortement.

L'hémorragie est un symptôme banal des fibromes utérins. Le simple repos au lit souvent suffit pour l'arrêter, mais il est des cas où son abondance peut amener le chirurgien à discuter l'opportunité d'une intervention. Nous distinguons plusieurs éventualités :

Si la métrorragie est due à un fibrome du col, il faut intervenir.

Mais la plupart du temps l'hémorragie est due à un fibrome interstitiel ou sous-muqueux, souvent alors compliqué d'endométrite. Il est préférable de temporiser tant que l'hémorragie ne met pas la vie de la femme en danger.

En effet le résultat de l'opération est très aléatoire, la myomectomie est très difficile et l'avortement en est fréquemment la conséquence : on est alors presque toujours obligé de terminer par une hystérectomie.

Dans des cas très rares, on a observé des hémorragies intra-péritonéales par rupture de varices péri-fibromateuses : il va sans dire qu'alors la laparotomie s'impose.

Quant aux menaces d'avortement, elles peuvent également relever de plusieurs causes : parfois c'est une hémorragie qui est à l'origine, d'où mêmes réserves que pour le cas étudié ci-dessus, l'avortement étant commencé il est bien peu probable qu'une intervention arrive à l'enrayer, bien au contraire. On ne sera obligé d'intervenir qu'en cas d'infection consécutive ou de rétention de fœtus mort, l'avortement étant dans ce cas impossible du fait du siège du fibrome.

Mais le plus souvent c'est pour des avortements à répétitions que l'on intervient ; chez certaines femmes porteuses de fibromes, l'œuf ne peut arriver à se développer ; parfois il est « étouffé » par les fibromes, d'autres fois il se trouve obligé de se greffer sur le segment inférieur, d'où placenta prævia et hémorragies ; le résultat est toujours un avortement. Si la cause de ces avortements à répétition est bien déterminée et rapportée sûrement à l'existence d'un fibrome énucléable, il faut intervenir. DEVRAIGNE et RAVINA citent le cas d'une femme ayant eu successivement 3 accouchements prématurés et un avortement ; après myomectomie elle put mener une grossesse normale jusqu'au terme.

5. — Fibrome dont la situation fait redouter une dystocie au moment de l'accouchement.

Ici, plus que jamais, l'opérateur devra savoir user de sa patience et n'intervenir qu'en cas de nécessité absolue. A moins d'être en présence d'un fibrome *prœvia* bloqué dans le Douglas, l'expectative devra être la règle. Certaines tumeurs, en effet, qui paraissaient assombrir le pronostic de l'accouchement évoluent très favorablement au point de ne gêner en rien la marche de l'accouchement : dès le quatrième mois bon nombre de ces fibromes se ramollissent et semblent « fondre » ; plus tard, vers le septième mois, ils peuvent ascensionner et quitter leur position dystocique.

A partir du huitième mois, si le fibrome est enclavé, on pourra être amené à faire une myomectomie. Mais, notre Maître, M. le Professeur BRINDEAU, conseille d'attendre le plus près possible du terme, si le fibrome ne donne pas d'accidents graves. A ce moment on pourra faire la césarienne suivie, selon le cas, de myomectomie ou d'hystérectomie. On pourra même tenter une dernière chance de voir évoluer le fibrome de lui-même, en faisant l'épreuve du travail : si au bout de 3 à 4 heures, le travail ne progresse pas, on opère. En attendant plus longtemps on risquerait de voir mourir le fœtus, ou d'exposer la mère à l'infection ou à une rupture utérine.

Dans des cas exceptionnels on a pu voir un fibrome qui occupait une position élevée, descendre et devenir *prœvia* au début du travail (LANTUÉJOUL).

6. — Grossesse méconnue.

Les observations sont relativement fréquentes où le diagnostic de la grossesse n'avait pas été fait lors de l'intervention pour fibrome. Cette erreur est parfaitement excusable. Parfois, il s'agit d'une femme ayant atteint la quarantaine, et présentant une aménorrhée de quelques mois, puis des métrorragies : on pense avant tout à un fibrome. Plus souvent encore on se trouve en présence d'un utérus bosselé, irrégulier, avec un col petit et scléreux, et on ne peut mettre en évidence le ramollissement caractéristique de la grossesse ; dans certains cas même, l'abdomen étant ouvert, on est obligé de rechercher le corps jaune de la grossesse, tant la palpation de l'utérus donne des renseignements incertains.

REEB cite le cas d'une femme de 35 ans, venant consulter pour stérilité. On lui trouve une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de pigeon, dans un angle de l'utérus. L'intervention est pratiquée : on enlève le myome qui paraît être cause de stérilité ; au cours de l'énucléation, la cavité utérine est ouverte ; on la suture. La femme qui avait eu ses règles trois semaines auparavant ne les revoit plus et accouche à terme, 8 mois après, d'un enfant de 3.750 grammes. Elle avait été opérée au début de sa grossesse, sans qu'on s'en doutât et l'utérus ouvert avait résisté au traumatisme.

Il nous faut envisager pour terminer le cas où on a porté le diagnostic de grossesse extra-utérine. C'est lorsque, à la palpation, on rencontre, placé derrière

la symphyse, un fibrome dur, qu'on prend pour l'utérus, avec, derrière, une masse plus molle qui est en réalité l'utérus et que l'on confond avec un hémato-cèle, le sillon que l'on devrait palper entre les deux tumeurs n'étant pas toujours perceptible.

Quoi qu'il en soit, l'intervention est presque toujours indiquée et on n'aura guère à regretter la conséquence de cette erreur de diagnostic.

II. — Choix de l'intervention.

L'indication opératoire étant posée, il nous faut maintenant envisager le genre d'intervention qui s'impose à chaque cas étudié. Trois modes d'intervention peuvent se discuter, au cours de la grossesse : l'avortement thérapeutique, la myomectomie et l'hystérectomie.

Éliminons d'emblée l'avortement thérapeutique qui n'est plus maintenant pratiqué. En cas de fibromatose, il est très dangereux ; la difficulté commence dès la dilatation dans les cols plus ou moins fibreux, ensuite les risques de fausses routes avec la curette, d'hémorragie et d'infection sont très grands. La mortalité maternelle est de 40 % environ, donc considérable.

Il reste à choisir entre l'opération conservatrice, la myomectomie et l'opération radicale : l'hystérectomie. Notons de suite que, le plus souvent, le chirurgien ne pourra décider d'avance l'intervention de choix ; c'est la laparotomie qui est indiquée et c'est seulement le

ventre ouvert, à la vue des lésions, qu'il penchera pour l'une ou l'autre des deux alternatives.

Chaque fois que cela sera possible, la myomectomie devra être pratiquée car elle a l'avantage de respecter la grossesse et de laisser à la femme un utérus utilisable pour les grossesses ultérieures. Elle sera faite, en particulier s'il s'agit de fibromes pédiculés, d'un fibrome sessile unique facile à énucléer, ou de fibromes multiples dont un seul est justiciable de l'intervention : on laisse les autres fibromes moins gênants, pour ne pas traumatiser l'utérus. Certains auteurs cependant ont pu enlever 3, 4 fibromes et plus, sans interrompre la grossesse. HAMMERSCHLAG, de Berlin, rapporte un cas où, ayant énucléé 9 fibromes à une femme enceinte de 3 mois, la grossesse se poursuivit normalement jusqu'au terme.

Ceci est exceptionnel et les cas de « fibromatose utérine » indiquent généralement l'hystérectomie ; il en est de même si le siège du fibrome par rapport à la cavité utérine fait prévoir de grosses difficultés opératoires (fibromes interstitiels et sous-muqueux), et également s'il s'agit d'une tumeur de la portion sus-vaginale du col se développant vers le ligament large. Dans le cas d'un myome enclavé dans le Douglas, le désenclavement peut être impossible et l'on se trouve obligé de supprimer l'utérus pour pouvoir enlever la tumeur.

Dans tous les cas on tiendra compte de l'âge de la malade ; chez la femme jeune on tentera plutôt la myomectomie alors qu'à l'approche de la quarantaine

l'ablation des organes génitaux a moins d'inconvénients. Un état général déficient fera pencher parfois pour une hystérectomie rapide, le schock opératoire étant moins important.

Parfois la myomectomie ne sera que le premier temps d'une hystérectomie, dans le but de faciliter cette opération.

Enfin près du terme on fera toujours précéder l'une ou l'autre des deux interventions de la césarienne.

En résumé, l'hystérectomie a des indications limitées, elle ne se discute que lorsque la myomectomie est contre-indiquée.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPERATOIRE VALEUR DE L'INTERVENTION — RESULTATS

La voie d'accès des fibromes diffère suivant leur siège. Néanmoins c'est presque toujours la voie abdominale qui sera employée.

La *myomectomie vaginale* est très rarement indiquée, surtout au cours de la grossesse ; elle se fait plutôt pendant le travail lorsqu'un fibrome du col empêche la présentation de progresser. Pendant la grossesse on respectera le plus possible le col utérin ; on n'interviendra par cette voie que s'il s'agit d'un polype fibreux pendant dans le vagin. L'opération sera plutôt dans ce cas une *polypectomie* ; il suffira de poser une pince à demeure sur le pédicule ; la grossesse continue le plus souvent à évoluer. La myomectomie vaginale ne doit pas être employée dans le traitement des fibromes dans la portion sus-vaginale du col, ou du segment inférieur.

Etudions maintenant plus au long la technique chi-

rurgicale de l'*opération abdominale*. Nous déterminons ensuite le moment favorable à cette intervention et pour terminer nous examinerons les avantages, les inconvénients et les résultats immédiats et tardifs.

La myomectomie abdominale.

Comme pour toute intervention abdominale, la malade sera soumise aux soins préopératoires habituels. De plus, elle recevra des injections sous-cutanées de morphine, dans le but d'annihiler pendant et après l'intervention les contractions utérines et de réduire ainsi au minimum les risques d'avortement.

L'intervention sera faite sous anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther. La rachi-anesthésie exagérant la fonction de la musculature lisse ne doit pas être employée.

Incision abdominale médiane sous-ombilicale : On recherchera l'utérus mais en s'efforçant de ne pas traumatiser la portion saine de l'utérus, de ne pas tirer sur les ligaments ni d'extérioriser l'utérus gravidé.

On décollera les adhérences que l'utérus ou la tumeur peuvent avoir contracté avec les organes voisins, surtout les anses intestinales. On pourra alors extérioriser la tumeur ; la technique de l'énucléation variera suivant qu'elle est pédiculée ou sessile.

Si le myome est pédiculé, on saisit le pédicule avec un clamp, et on le coupe au ras de la tumeur. Si le

pédicule est mince, une bonne ligature pourra assurer l'hémostase ; s'il est volumineux, cette hémostase sera faite par une série de points en U de la profondeur vers la surface.

En cas de fibrome sessile, il faudra tailler une colerette assez large pour qu'après la rétraction, on puisse fermer la plaie complètement.

La tumeur faisant corps avec l'utérus, on pratiquera une incision de la séreuse et de la paroi utérine, au point le plus saillant de la tumeur. Le bistouri pénétrera jusqu'à ce que la tumeur écarte les lèvres de la plaie ; à ce moment, ayant trouvé le plan de clivage, on saisira la tumeur à l'aide d'une pince de Richelot, et on l'énucléera de sa capsule en employant des ciseaux courbes. On pourra la faire tourner ou l'attirer légèrement pour faciliter le décollement.

Pendant ce temps opératoire, il se produit une hémorragie d'abondance variable, souvent assez importante, et se produisant en nappe. L'hémostase est le point le plus important de l'opération : une bonne hémostase mettra le chirurgien à l'abri des complications les plus fréquentes : hémorragie secondaire et infection ; elle devra donc être pratiquée avec beaucoup de soin ; elle sera faite par une série de points en U, au catgut, de la profondeur vers la surface, réalisant un capitonnage ; on les recouvrira avec la colerette et on terminera par un surjet séro-séreux.

Les points seront serrés progressivement et sans efforts car le muscle utérin gravide est très friable. Si les trous des points en U saignent, on fera au-dessus

d'autres points avec une aiguille fine et du catgut fin ; un léger suintement pourrait amener une hémorragie interne sérieuse.

Si l'on est en présence d'un fibrome intraligamentaire, on l'abordera par voie transligamentaire ; après décollement et mobilisation de la tumeur, on cherchera le plan de clivage et on ira sectionner l'implantation au niveau de l'utérus. Ce temps pourra être difficile à cause du voisinage des vaisseaux utérins et de l'uretère ; il faudra ensuite procéder à un capitonage soigné.

Dans certains cas, le fibrome étant sous-muqueux, l'opérateur a pu ouvrir la cavité utérine ; si cette éventualité se produit, il faudra suturer la brèche immédiatement par des points en U. Enfin si les membranes ont été rompues on pourra mettre une mèche à la surface de la suture utérine.

Après l'opération, la malade sera surveillée étroitement, surtout pendant les 48 premières heures. On emploiera les tonicardiaques habituels et le sérum artificiel en injection sous-cutanée ou en goutte à goutte rectal. On lui administrera surtout, pendant les 3 premiers jours, de la morphine à la dose de 1 centigr., régulièrement toutes les 6 heures. Les suites opératoires sont en général bonnes ; le danger possible réside dans l'hémorragie, l'infection et les complications vasculaires, comme nous le verrons dans un paragraphe ci-dessous.

*
**

La question peut être posée, maintenant, du *moment le plus favorable à la myomectomie*.

VINCENT et FERRARI disent que le 5^e mois est le moment propice à l'intervention, l'opération étant plus aléatoire avant 4 mois. VAUTRIN recommande d'intervenir entre le 3^e et le 5^e mois. JAMAIN vers le 2^e ou le 3^e mois.

D'après les statistiques, on remarque que les meilleurs résultats ont été obtenus dans les premiers mois de la grossesse, soit entre 2^e et 3^e mois. A cette époque, les accidents, quand ils existent sont peu marqués, l'opération est plus simple, plus rapidement menée, l'avortement moins à redouter (FONTAINE). D'après M. le Professeur BRINDEAU, les dates d'intervention sont par ordre de fréquence, 3 mois, 3 mois 1/2, 4 mois, 5 mois, 6 mois, 2 mois, 7 mois 1/2, 4 semaines et 6 semaines ; dans les cas de grossesse au début, le diagnostic de grossesse, la plupart du temps, n'avait pas été fait.

Après le terme de 6 mois, on s'efforcera d'attendre le plus près possible du terme, pour pratiquer une césarienne comme premier temps de l'intervention.

Valeur de la myomectomie.

Avantages.

La myomectomie est avant tout une opération conservatrice. Faite au cours de la grossesse, elle a le

double avantage de laisser évoluer la grossesse en cours et de permettre le développement de grossesses ultérieures.

Presque toujours la grossesse en cours évolue normalement jusqu'à terme, tout au moins dans 90 % des cas environ. La cicatrice laissée par la myomectomie est beaucoup moins importante que celle d'une césarienne, elle est souple et amincie. Les différentes phases du travail et de l'accouchement se font en général normalement ; parfois, néanmoins, on observe des irrégularités dans les contractions. Les applications de forceps sont un peu plus fréquentes que dans les accouchements normaux.

En ce qui concerne nos observations, 5 femmes sur 6 guérissent et allèrent jusqu'au terme. 3 d'entre elles eurent des accouchements normaux. Chez les deux autres on avait été obligé, à l'intervention, de laisser d'autres fibromes qui, se développant furent à terme causes de dystocie ; l'un fut à l'origine d'une présentation de la face qui nécessita une application de forceps Demelin ; l'autre, empêchant la présentation de progresser, obligea à pratiquer l'opération césarienne : la femme ayant déjà 38 ans, on fit suivre cette intervention d'hystérectomie.

La myomectomie, d'autre part, faite chez une femme jeune lui permet de conserver toute sa fonction génitale. M. le Professeur BRINDEAU a montré qu'une myomectomie antérieure n'était pas un obstacle à la fécondation. BENOIT-GONIN a réuni 99 cas de femmes enceintes après la myomectomie : il y eut

80 % d'accouchements à terme. Enfin, MÉRIEL et BAILLAT ont montré que « la myomectomie conserve parfaitement les fonctions de reproduction et que les cas sont nombreux, à l'heure actuelle, d'enfants vivants, nés à terme, chez les myomectomisées. »

De plus, l'opération conservatrice laisse intacte la fonction ovarienne de sécrétion interne. Les troubles survenant après la castration chirurgicale sont ainsi évités.

Mais il existe, à côté de ces avantages, quelques inconvénients.

Inconvénients.

Ce sont soit des accidents immédiats, soit des accidents tardifs.

LES ACCIDENTS IMMÉDIATS sont ceux que l'on peut observer au cours même de l'opération : *le shock opératoire, l'hémorragie, l'ouverture de l'utérus et de l'œuf.*

La myomectomie est une opération en général plus difficile, plus longue et plus délicate que l'hystérectomie, donc plus *shockante*, ceci d'autant plus que la femme enceinte est toujours dans un certain état d'anergie. Lorsque l'énucléation a été laborieuse, les accidents de shock ne sont pas rares ; ils se manifestent par de la pâleur, de la rapidité du pouls et un léger ballonnement abdominal.

L'hémorragie a été considérée par bien des opéra-

teurs comme le principal danger de la myomectomie. Pour cette seule cause, certains préfèrent recourir à l'hystérectomie. Néanmoins, M. le Professeur BRINDEAU insiste sur le fait que si l'hémostase a été pratiquée soigneusement et avec méthode, on ne doit pas avoir d'hémorragie. L'hémorragie la plus dangereuse n'est pas l'hémorragie immédiate, que les chirurgiens peuvent le plus souvent maîtriser, mais plutôt le suintement sanguin donnant des hématomes qui ne demandent qu'à s'infecter.

L'ouverture de l'utérus a pu se produire dans certains cas, mais n'a pas toujours entraîné des conséquences graves. SCHOCKAERT cite un cas où, ayant mis l'œuf à nu sur la largeur d'une pièce de 5 francs, la grossesse continua à évoluer normalement. GAUDIER et BOURNOVILLE rapportent un cas où la cavité utérine ouverte donna lieu à l'écoulement de liquide amniotique ; la grossesse évolua jusqu'à 7 mois. Dans un cas de ROULLAND, l'utérus fut perforé avec la poche des eaux, en faisant la suture ; après fermeture de la brèche, l'auteur mit une mèche par laquelle du liquide continua à s'écouler pendant toute une journée ; la malade guérit néanmoins et accoucha normalement au terme de 8 mois. Malgré l'évolution heureuse de ces accidents opératoires, l'ouverture de l'utérus gravide doit être considéré comme d'un pronostic sérieux : elle peut avoir pour conséquence une hémorragie, l'infection de l'œuf et l'avortement.

LES ACCIDENTS TARDIFS à redouter sont, au premier plan : l'avortement, l'infection, puis les complications vasculaires et les récidives de fibrome.

L'avortement peut être la conséquence du traumatisme subi par l'utérus : la morphinisation réduit de beaucoup ce risque. Il peut également être l'aboutissant d'une infection.

L'infection elle-même peut résulter de l'ouverture de la cavité utérine ; elle est toujours grave et amène souvent à pratiquer une hystérectomie secondaire.

Les complications vasculaires les plus fréquemment observées sont les phlébites, les infarctus pulmonaires et les embolies.

La récurrence des fibromes s'observe d'après GOULD dans 8,5 % des cas, et survient dans les dix ans qui suivent l'opération. Mais, autre éventualité possible, c'est l'accroissement des tumeurs qui avaient été laissées. Cet accroissement peut donner lieu à des complications, en particulier au moment du travail : ce fut précisément le cas de deux de nos observations signalées plus haut, et où l'on fut obligé d'intervenir une fois par forceps, l'autre fois par la césarienne.

Toutes les complications que nous venons d'étudier sont, malgré tout, exceptionnelles et sont largement compensées par les avantages incontestables que possède la myomectomie sur l'hystérectomie, de conserver presque toujours la grossesse présente et d'en permettre de futures.

Résultats de la myomectomie.

Presque tous les chirurgiens sont maintenant d'accord pour reconnaître que la myomectomie a donné

des résultats excellents et encourageants. Concrétisons par des chiffres ces résultats et comparons ceux qui ont été indiqués par divers auteurs :

Résultats immédiats.

Mortalité maternelle : cette mortalité qui, autrefois, était très élevée et atteignait 25 % d'après TURNER, est maintenant très réduite. Les statistiques réunies de BRINDEAU et TREUB (1881 à 1904), HEINECK (1920), COTTE et CREYSEL (1905-1922) et de LABEY (1924), donnent 15 morts pour un total de 357 cas de fibromes associés à la grossesse, soit 4,2 %. Le referendum de M. le Professeur BRINDEAU au Congrès de Bruxelles (1929), groupait 134 cas avec 6 morts maternelles, soit 4,3 %. Les deux résultats concordent d'une façon surprenante.

Comparons ces statistiques aux résultats de l'hystérectomie pendant la grossesse : BOMPART ayant réuni 143 cas a trouvé 5 cas de morts maternelles, soit 3,4 %. Ce qui nous fait conclure que le pronostic de la myomectomie n'est guère plus mauvais que celui de l'hystérectomie.

Evolution de la grossesse : dans un grand nombre de cas, l'œuf résiste au traumatisme opératoire et la grossesse continue à évoluer normalement. Sur les 342 femmes groupées dans les statistiques ci-dessus, 259 menèrent leur grossesse à terme, soit 76 %. Le referendum de M. le Professeur BRINDEAU a même fourni le pourcentage de 90 % (121 sur 133 femmes). Ce ré-

sultat est très satisfaisant et doit entrer en ligne de compte pour le choix de l'intervention.

Quant aux suites éloignées de la myomectomie, si ce sont parfois les possibilités de récidives peu fréquentes à vrai dire, ce sont presque toujours des possibilités de grossesses ultérieures. Voilà à notre avis le résultat le plus appréciable de l'intervention conservatrice, car elle évite à une femme jeune les conséquences physiologiques et psychologiques d'une stérilisation complète et définitive.

OBSERVATIONS

OBS. I (M. de Professeur BRINDEAU)

Mme B..., 30 ans, réglée à 13 ans, régulièrement, ayant accouché une première fois en 1925. Accouchement naturel après un travail long. Délivrance artificielle 2 heures après pour non décollement du placenta. Suites de couches normales.

Dans les antécédents personnels, à noter une chorée à l'âge de 9 ans et une lésion pulmonaire à 20 ans, ayant nécessité un traitement de 14 mois à Bligny. La femme ne se ressent plus de cette atteinte pulmonaire.

Dernières règles le 12 septembre 1929. La femme, enceinte de 4 mois environ, vient consulter le 29 janvier 1930. M. le Professeur BRINDEAU trouve un utérus gravide de 4 mois, refoulé à droite par une masse volumineuse, molle, fluctuante, fuyant dans l'hypocondre gauche. Il fait le diagnostic de kyste de l'ovaire et on décide la femme à se faire opérer le lendemain.

30 janvier 1930 : *Intervention* (Professeur BRINDEAU). Anesthésie au balsoforme.

Incision latérale le long du bord droit. La main plonge dans l'abdomen et trouve une volumineuse tumeur très molle. En la palpant on s'aperçoit qu'elle se contracte sous les doigts. On voit alors qu'il s'agit d'un fibrome mou. Extériorisation de ce fibrome ; il prend son inser-

tion au niveau de la corne gauche, le pédicule aminci contient des vaisseaux énormes.

Incision du péritoine en pleine tumeur en laissant une collerette péritonéale importante. Décortication au bistouri ; une grande quantité de sang s'écoule. Ablation rapide du fibrome que l'on attire au dehors. On saisit le pédicule avec des pinces en cœur. L'hémostase est pratiquée par des points en U. Surjet sur la collerette péritonéale. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires : normales et continuation de la grossesse en cours.

La femme accouche le 30 juin à l'hôpital de la Charité. Elle est alors à terme, et après un travail d'une durée de 10 heures, expulse un garçon vivant et bien constitué pesant 3.400 grammes. La délivrance, cette fois, se fait naturellement et ne donne plus lieu à une hémorragie.

Suites de couches : apyrétiques.

La mère et l'enfant sont actuellement en bonne santé.

OBS. II (M. le Docteur J. POULAIN)

Mme B..., 36 ans, III^e gestation.

En 1921, premier accouchement normal.

En octobre 1930, faite une fausse-couche de 2 mois 1/2.

Les dernières règles ont cessé le 12 novembre 1931.

Elle vient consulter son médecin traitant le 19 février 1932. Elle est alors enceinte de 2 mois 1/2 environ et se plaint de douleurs abdominales avec irradiations dans les jambes.

Le lendemain elle perd un peu de sang. Le médecin fait le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Deux jours après les douleurs se sont calmées, les

pertes cessent, la femme entre à la clinique du Docteur POULAIN, pour se faire opérer.

Intervention le 10 mars 1932 (Docteur POULAIN).

Anesthésie générale.

On trouve un utérus gravide de 3 mois environ, avec un myome développé sur la corne gauche, prolabant dans le Douglas qu'il obstrue.

Myomectomie.

Suture de la paroi utérine par un fil en U.

Péritonisation.

Suites opératoires : normales.

Continuation de la grossesse.

La malade a accouché à terme au mois de septembre 1932.

Accouchement spontané. Enfant bien portant. Suites de couches normales.

OBS. III (M. le Professeur BRINDEAU)

Mme M..., 27 ans, primipare, réglée à 12 ans, règles bien régulières et indolores.

Dernières règles du 26 au 29 décembre 1931 ; aucun antécédent pathologique à signaler.

La femme vient consulter le 8 avril 1932, elle est alors enceinte de 2 mois 1/2 environ, mais l'abdomen est beaucoup plus volumineux que pour l'âge de la grossesse. M. le Professeur VAUDESCAL, qui l'examine, lui trouve, coiffant le fond utérin et mobilisable avec lui, une tumeur dure, arrondie, et de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Vu le développement de cette tumeur, probablement fibrome, qui doit gêner l'évolution de la grossesse, M. VAUDESCAL décide d'intervenir.

Le 11 avril 1932 : *Intervention* (MM. les Professeurs BRINDEAU et VAUDESCAL).

Laparotomie.

On se rend compte immédiatement de l'exactitude du diagnostic.

Après incision de l'abdomen on arrive directement sur une tumeur à grand axe transversal, développé à droite et à gauche (la tumeur est légèrement tordue sur son axe). La main va chercher le pôle supérieur droit et l'amène au dehors (facile) ; on s'aperçoit alors qu'il existe une autre petite tumeur du volume d'une pomme, mais fixée par le même pédicule. On voit son pédicule situé en avant et au fond de l'utérus. Ce pédicule est large comme deux travers de doigt, mais souple. On fixe le pédicule avec des pinces en cœur et on le sectionne en rasant de près la tumeur. Hémorragie très modérée.

On commence par placer une série de fils en U formant collerette. Surjet sur cette collerette.

Fermeture de la paroi par le procédé ordinaire.

L'opérée reçoit 500 grammes de sérum artificiel et 1 centimètre cube de morphine toutes les 6 heures pendant les 3 premiers jours.

Suites opératoires : normales, sans fièvre. La femme quitte la clinique le 5 mai.

La grossesse évolue normalement. La femme vient consulter régulièrement à la clinique et vient accoucher à terme le 14 octobre 1932.

Durée du travail : 11 heures.

Accouchement naturel d'une fille pesant 3.630 gr.

Délivrance naturelle et complète pesant 760 gr.

Hémorragie de la délivrance.

Suites de couches : normales.

La femme sort de la clinique 11 jours après.

Depuis, ses règles sont réapparues normalement et régulièrement ; quelquefois, le soir, un peu de météorisme abdominal.

OBS. IV (M. le Professeur BRINDEAU)

Mme V...

Nous nous excusons de présenter ici une observation aussi incomplète, mais, malgré toutes nos recherches dans les archives de la clinique Tarnier, nous n'avons pu retrouver l'observation de la malade. Seul le compte rendu opératoire est resté entre nos mains. Nous le transcrivons néanmoins, à cause de son intérêt clinique.

Femme de 30 ans, primipare.

.....
Intervention le 26 septembre 1932 (M. le Professeur BRINDEAU).

Anesthésie au chloroforme.

Ablation d'un volumineux fibrome tordu sur son pédicule, chez une femme enceinte de 5 mois environ.

Femme grasse. La tumeur est nettement sus-ombilicale tout près des fausses côtes, refoulée du côté droit. On l'amène sur la ligne médiane, puis on l'incise directement sur elle. Incision de 20 cm. dont les 3/4 sont au-dessus de l'ombilic.

Le grand épiploon forme un tablier au devant de la tumeur ; celui-ci est du reste très vascularisé, ce qui provoque une hémorragie en nappe, au moment où on libère les adhérences autour de la tumeur.

Résection d'une grande partie de l'épiploon ; extériorisation de la tumeur qui est retenue au fond de l'utérus par un pédicule large comme l'index, tordu en partie sur 90°. Ligature facile du pédicule. On aperçoit le fond de l'utérus et la main introduite dans l'abdomen permet de constater qu'il s'agit bien d'une tumeur utérine et non d'une tumeur ovarienne comme on aurait pu le supposer.

Suture de la paroi suivant le procédé habituel.

Examen de la pièce : la tumeur a le volume d'une tête d'adulte, très lourde, 2.100 grammes, un peu irrégulière. La tumeur est en état de nécrose aseptique, on y trouve tous les degrés : zones liquides, zones hortensia. A certains endroits on voit des cavités contenant une substance caséeuse : à la surface se trouvent des pseudo-kystes contenant un liquide séro-sanguinolent.

Suites opératoires : la température, qui était de 37°8, le soir de l'opération, s'élève progressivement dans les jours qui suivent ; accélération parallèle du pouls. La femme fait le deuxième jour 39° et P. 110 ; puis le troisième jour : 40° et P. 120.

Mort le troisième jour au soir, d'infection.

OBS. V (Due à l'obligeance de M. le Professeur BRINDEAU)

Mme X..., 41 ans, ayant eu un accouchement spontané il y a 12 ans.

Dernières règles au début de juillet 1932.

A 4 mois de grossesse, la femme commence à ressentir des douleurs violentes, avec vomissements ; elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle n'est pas enceinte, fait le diagnostic de douleurs intestinales, la met à la diète et prescrit des calmants.

Cependant la femme continuant à avoir des douleurs violentes, vient consulter M. le Professeur BRINDEAU ; elle arrive accompagnée de son mari, en se tenant l'abdomen ; elle peut à peine marcher ; elle est très pâle, son facies a le type péritonéal.

A l'examen, on trouve un abdomen très tendu, très douloureux, rempli par une tumeur extrêmement sensible. Cette tumeur remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Les anses intestinales sont distendues. En palpant attentivement on s'aperçoit que l'abdomen contient deux masses distinctes, l'une supérieure, très dure, du volume d'une tête d'enfant ; l'autre inférieure, assez molasse, donne l'impression d'une vessie distendue refoulant une autre tumeur abdominale indéterminée.

Au toucher, le col est attiré en haut et on voit très nettement que la femme est enceinte de 4 mois environ ; dans la fosse iliaque droite, une masse plus dure est accolée à l'utérus et a le volume d'une moitié d'orange ; la masse supérieure, dure, est formée par un fibrome difficilement mobilisable.

La femme entre immédiatement dans une maison de santé et est opérée d'urgence. Température normale.

Intervention le 10 novembre 1932 (M. le Professeur BRINDEAU).

A l'ouverture de l'abdomen on voit que la cavité péritonéale contient du liquide séro-sanguinolent. On attire au dehors, assez facilement, le gros fibrome, qui est violacé ; ce fibrome est inséré sur le fond de l'utérus sur une surface de 6 cm. de diamètre.

Myomectomie sur place, sans extériorisation de l'utérus, en laissant une large collerette. Hémorragie très faible. Suture plan par plan surtout par des points en U, série de points espacés sur la tranche, surjet séro-séreux.

La main explore le deuxième fibrome qui, étant nettement interstitiel, est laissé sur place.

Le fibrome extirpé présentait tous les signes de nécrose aseptique, une portion était violacée, une autre présentait un aspect pseudo-kystique avec matière caséiforme.

Morphine selon l'habitude : 1 centimètre cube toutes les 6 heures.

Suites opératoires : normales, la femme quitte la mai-

son 15 jours après et est soumise à un repos relatif chez elle.

La grossesse se développe normalement, le deuxième fibrome qui siégeait dans la fosse iliaque n'a pas tendance à descendre.

La femme arrive ainsi à dépasser le terme de 15 jours. Son abdomen était devenu très distendu et douloureux. A un moment donné, même, le fibrome restant avait donné naissance à quelques douleurs : en fin de grossesse, la tête était encore mobile. La femme restait couchée.

Elle entre en travail le 20 avril 1933. La dilatation se fait très lentement. A la dilatation de 5 francs, la tête paraît se présenter en front, mais dans les heures qui suivent, elle se défléchit et on se trouve en présence d'une face en position mento-postérieure droite.

A dilatation complète, on fait une application de forceps Démelin. Rotation facile de la face. On ramène le menton derrière la symphyse pubienne ; traction pour descendre la tête sur le périnée ; extraction de la tête après avoir enlevé le forceps. Naissance d'un garçon vivant pesant 4.850 grammes.

Suites de couches : normales.

La femme revue une première fois depuis son accouchement présentait encore son fibrome mais celui-ci avait beaucoup diminué.

A la dernière visite il avait presque complètement disparu.

OBS. VI (M. le Professeur BRINDEAU)

Mme D..., 38 ans, mariée depuis peu de temps, primipare.

Réglée seulement à 17 ans, ses époques ne sont deve-

nues bien régulières qu'à 19 ans ; elles sont d'abondance normale, légèrement douloureuses le premier jour.

A signaler comme antécédents personnels une pneumonie grippale en 1929. La femme a été radiographiée en février dernier au début de sa grossesse : résultat négatif.

Dernières règles du 23 au 26 novembre 1932. Mme D... vient consulter le 18 février : grossesse de 3 mois environ. Elle revient 15 jours plus tard, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre. M. WEILL, qui l'examine, trouve une grossesse de 3 mois passés avec un utérus nettement rétrofléchi, et actuellement irréductible. Dix jours après M. le Professeur VAUDESCAL donne le diagnostic suivant : rétroversion partielle de l'utérus gravide et fibromateux qui semble extrêmement tendu, actuellement très douloureux. La femme entre à la clinique Tarnier.

Les douleurs n'ont pas cessé et la malade étant très difficile à toucher, M. le Professeur BRINDEAU l'examine sous anesthésie, « utérus gravide en rétroflexion, adhérent : col en avant et en haut. On sent un fibrome allongé, en fuseau, dans la fosse iliaque gauche, et un second dans la fosse iliaque droite. Possibilité d'utérus bicorne avec une corne en rétroversion. La masse postérieure est régulière et tendue mais assez dure ; les deux fibromes sont très durs. En essayant de mobiliser le fibrome le plus volumineux, on voit qu'il fait corps avec l'utérus ».

La femme se plaignant toujours de douleurs sourdes et également d'essoufflements, de perte d'appétit, le résultat de l'examen paraissant conclure à un enclavement de l'utérus gravide rétrofléchi et fibromateux, on décide d'intervenir.

20 mars 1933 : *Intervention* (MM. les Professeurs BRINDEAU et VAUDESCAL). — Anesthésie générale.

Incision dépassant l'ombilic. Utérus gravide de 3 mois

et demi environ, en rétroflexion. On aperçoit un fibrome de la grosseur d'un œuf de poule : c'est le fibrome que l'on sentait à gauche ; un autre fibrome rétropubien a le volume d'un abricot. La main explore le Douglas, et l'on peut arriver à désenclaver l'utérus en pratiquant une traction sur le fibrome de la face antérieure. On se décide à n'enlever que le fibrome rétro-pubien, l'autre semblant relativement sessile et ne gênant pas le développement de l'utérus.

Myomectomie facile sur le fibrome rétro-pubien ; énucléation facile, la capsule étant lâche.

Suture en 2 plans ; quelques points en U profonds, surjet superficiel.

A la coupe du fibrome, on constate qu'il existe quelques petits foyers de nécrose aseptique.

La femme reçoit 500 grammes de sérum artificiel et toutes les 6 heures 1 centimètre cube de morphine pendant les trois premiers jours.

Suites opératoires simples, lever le seizième jour.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 27 juin ; elle en est alors à plus de 6 mois 1/2. L'opérée se porte bien, mais n'a pas repris son travail.

Le 27 juin, elle revient à la clinique, se plaignant de douleurs intermittentes dans l'abdomen et la région lombaire. Il existe des contractions utérines, mais pas de signes de travail ; en même temps le fibrome qui avait été laissé à l'intervention est devenu un peu douloureux. Pas de température. Pas de vomissements, pas de constipation ni de douleur à la miction. On craint un accouchement prématuré, la femme reçoit du sédol et de la morphine à plusieurs reprises ; en outre glace sur le moment de son accouchement. Le fœtus est en siège.

Les douleurs se sont calmées le troisième jour ; néanmoins la malade préfère rester à la clinique jusqu'au ventre.

Les accidents survenus au mois de juin paraissent être dus au deuxième fibrome et étant donné l'âge de la femme, M. le Professeur BRINDEAU décide de faire au début de travail, l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie.

Le 11 septembre, à 7 h. 45, la femme perd les eaux et des douleurs apparaissent.

A 11 h. 45 : *intervention*, cette fois sous rachi-anesthésie (Professeur BRINDEAU).

Incision sous-ombilicale, résection de l'ancienne cicatrice ; le segment inférieur est très mal formé. Présentation du siège. Incision sur la face antérieure de l'utérus, et extraction de l'enfant par le siège. Garçon vivant pesant 3.430 grammes.

Extériorisation de l'utérus qui permet de constater que le segment inférieur était épais et que le fibrome qui avait donné naissance à des accidents au septième mois, siégeait sur la corne gauche. A noter : que l'utérus était tordu fortement dans le sens des aiguilles d'une montre : le bord gauche et le pédicule utérin gauche sont en avant. La corne utérine droite avait à elle seule permis à la cavité utérine de se développer.

Hystérectomie sub-totale facile.

On termine par une mise en place de petites tranches de l'un des ovaires derrière le muscle droit.

Opération très simple.

Rachi-anesthésie parfaite: à peine quelques efforts de vomissements.

Examen de la pièce : il s'agit de nécrose aseptique du fibrome qui est noir violacé et livide. Au niveau du segment inférieur il existe un fibrome gros comme une noix, présentant de la nécrose au premier degré.

Suites opératoires : très simples sans fièvre. La mère et l'enfant sortent le 19^e jour en excellente santé.

CONCLUSIONS

I. — Fibrome et grossesse peuvent évoluer sans se troubler réciproquement.

II. — Certaines complications peuvent survenir du fait de la grossesse. En présence de ces complications, on ne doit pas se hâter d'intervenir mais attendre qu'il y ait urgence.

III. — Les principaux accidents causes d'intervention sont :

a) Les troubles graves de compression pelvienne et l'incarcération de la tumeur dans le petit bassin ;

b) Les phénomènes de dégénérescence des tumeurs amenant une altération de l'état général ;

c) La torsion du pédicule ;

d) Les hémorragies et les menaces d'avortement ;

e) La présence d'un fibrome prævia devant être une cause de dystocie au moment de l'accouchement.

IV. — Chaque fois qu'elle sera possible, on pratiquera la myomectomie, opération conservatrice ayant le triple avantage de respecter la grossesse en cours qui continue le plus souvent à évoluer, de permettre

des grossesses futures, et de conserver à la femme toute l'intégrité de sa fonction ovarienne. L'hystérectomie sera considérée comme un pis aller ; on n'y recourra qu'en cas d'impossibilité de pratiquer la myomectomie par suite de la multiplicité, de l'inaccessibilité des fibromes ou de l'état général déficient de la malade.

V. — Le principal danger de la myomectomie est l'hémorragie. Le plus souvent, une hémostase soignée, par des points en U, mettra l'opérateur à l'abri de cette complication.

VI. — La myomectomie abdominale, opération soumise à des règles bien définies, n'est guère plus dangereuse que l'hystérectomie. Ses résultats immédiats et tardifs sont excellents et doivent la faire préférer à toute autre intervention.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALARD et DEHAN. — Que faire en présence d'une grossesse compliquée de fibrome ? (*Rev. Franç. de Gyn. et Obstétr.*, 1923).
- BARTHÉLEMY. — Indications opératoires dans la nécrose des fibromes survenant au cours de la grossesse. (*Rev. Franç. de Gyn. et Obstétr.*, 1929).
- BAUDOT. — La Myomectomie pendant la puerpéralité. (*Thèse*, Nancy, 1924).
- BÉGOUIN. — La nécrobiose des fibromes utérins. (*Paris Médical*, 17 juin 1922).
- LE BIHAN. — La myomectomie au cours de la grossesse. (*Thèse*, Lyon, 1931).
- BOMPART. — L'hystérectomie abdominale pour fibrome pendant la grossesse. (*Thèse*, Paris, 1931).
- BONNEY (V.). — The Technique and results of myomectomy. (*The Lancet*, janvier 1931).
- BÖRNER (R.). — Mechanik der Myomwanderung in graviden Uterus. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, avril 1930).
- BRINDEAU (A.). — La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse. (*Gyn. et Obstétr.*, -1929).
- La myomectomie au cours de la grossesse. (*Le Scalpel*, octobre 1929).
- Fibromes compliqués de grossesse. (*Presse Médicale*, avril 1923).

- BURGER. — Myomectomie pendant la grossesse. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1932).
- BUSCHKE (W.). — Über Washstumshemmung des Feten bei Myomen des graviden Uterus. (*Monats. für Geb. und Gyn.*, août 1931).
- CHAVANNAZ. — Nécrobiose des fibromes utérins et grossesse. (*Congrès de Chirurgie*, 1919).
- CHIFOLIAU. — A propos de la Myomectomie. (*Soc. de Chir. de Paris*, 22 fév. 1928).
- CLARK MOSHER (G.). — The Incompatibility of pregnancy and fibroids of the uterus. (*American journal of Obstetric and Gynecology*, 1926).
- DEFOULOY. — Myomectomie au cours de la grossesse. (*Thèse*, Paris, 1925).
- FERRARI et HOUËL. — Myomectomie au cours de la gestation, accouchement à terme. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Alger*, avril 1929).
- FONTAINE. — Myomectomie au cours de la grossesse. (*Thèse*, Paris, 1914).
- FORGET-URION. — La gestation chez les fibromateuses. (*Gynécologie*, octobre 1925).
- FRUHHINSHOLZ et HAMANT. — Myomectomie pour gros fibrome au cours de la gestation. (*Soc. d'Obst. et Gyn.*, Nancy, 1931).
- GAUDIER et BOURNOVILLE. — Ecoulement de liquide amniotique au cours d'une myomectomie sur un utérus gravide de 4 mois. Evolution de la grossesse jusqu'à 7 mois et accouchement prématuré. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Lille*, février 1927).
- GILLES. — Myomectomie au troisième mois de la grossesse, accouchement prématuré accidentel, à 8 mois. (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, mars 1923).
- GODLEWSKI. — Fibrome et grossesse. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Montpellier*, 1929).

- GOINARD (E.) et P. GOINARD. — Sur les Myomectomies. (*Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, juin 1928).
- GOULLIoud. — Indications actuelles de la myomectomie. (*Presse Médicale*, février 1922).
- Dix-huit cas de grossesse après la myomectomie abdominale. (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 9 mai 1928).
- GRIMAULT. — Fibrome et grossesse de 3 mois; essais infructueux de myomectomie. Hystérectomie. (*Soc. Obst. et Gyn. Nancy*, 1927).
- GROSSE. — Fibromes utérins et grossesse. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1927).
- HEYN. — Beitrag zur Frage Myom und Schwangerschaft. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1927).
- HÖHNE. — Beitrag zur Frage Uterus Myom und Schwangerschaft. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1927).
- JEANNENEY et ROSSET-BRESSAND. — Myomectomie au cours de la grossesse. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Bordeaux*, 1930).
- KELLER. — La myomectomie; ses suites opératoires. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1929).
- Etudes statistiques et comparatives sur la myomectomie. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Strasbourg*, 1930).
- LABEY. — Rapport au XXXIII^e Congrès Français de Chirurgie de 1924.
- LE ROUX. — La nécrose aseptique des fibromes durant la grossesse. (*Bulletin Médical*, octobre 1925).
- LIEBMANN (St.). — Über Myomenukleation in der Schwangerschaft. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1929).
- LE LORIER et DUCHÊNE. — Accidents d'occlusion intestinale à 3 mois 1/2 par fibrome utérin. Myomectomie. Accouchement spontané à 8 mois 1/2. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, 1922).
- MATVEIEFF (T. P.). — Myomes et grossesse. (*Gyn. et Obst.*, 1932).

- METZGER (M.). — Myomectomie pendant la gestation. (*Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, 1922).
- NEVE (DE) et INGELBRECHT. — Fibrome pédiculé tordu au cours d'une grossesse. (*Bruxelles Médical*, janvier 1930).
- NOLENS. — Fibrome volumineux compliquant une grossesse de 5 mois. (*Bruxelles Médical*, mai 1932).
- PETIT-DUTAILLIS. — Pathogénie des fibromes utérins et indications actuelles de leur traitement. (*La Gynécologie*, juin 1924).
- PIQUANT et LEMELAND. — Torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse. (*L'Obstétrique*, juillet 1909).
- PLACINTIANU. — De la myomectomie pendant la puerpéralité. (*Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, 1927).
- POZZI (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- REEB. — Fibrome et gestation. (*Gyn. et Obst.*, 1921).
- ROULLAND. — Enucléation de fibromes au cours de la grossesse. Transfixion de la poche des eaux au cours de la suture utérine. Continuation de la grossesse. (*La Gynécologie*, février 1928).
- SELLHEIM (H.). — Uber Verschiebung von Fibromen im Uterus. (*Monat. für Geburt. und Gynäk.*, avril 1930).
- VILLARD, BANSILLON et CHAVANT. — Myomectomie au cours de la grossesse. Evacuation extemporanée de l'utérus sous rachi-anesthésie. (*Soc. d'Obst. et Gyn. Lyon*, déc. 1928).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
<i>Chapitre premier.</i> — Historique	11
<i>Chapitre II.</i> — Fibrome et grossesse	16
1. Influence du fibrome sur la grossesse	16
2. Fréquence des fibromes au cours de la grossesse	20
3. Influence de la grossesse sur le fibrome	21
<i>Chapitre III.</i> — Indications actuelles de la myomectomie	31
I. Causes d'intervention	33
II. Choix de l'intervention	42
<i>Chapitre IV.</i> — Technique opératoire. — Valeur de l'intervention. — Résultats	45
La myomectomie abdominale	46
Valeur de la myomectomie	49
Résultats de la myomectomie	53
OBSERVATIONS	56
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

